Allegato B2 scheda salute

MEDICO COMPILATORE

COGNOME_____NOME_____

DESTINATARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98

COGNOME_____NOME_____

HANDICAP GRAVE (Barrare la voce che interessa):

- **CONGENITO**

  ☐ **SI** ☐ **NO**

- **INSORTO**

  ENTRO I 35 ANNI PER PATOLOGIA ACQUISITA ☐ **SI** ☐ **NO**

DATA _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE

_____